

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935.

THÈSE

N^o

250

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

MARCUS Moïse

né, le 21 Décembre 1910

à Piatra (Roumanie).

**Le Dépistage de la Syphilis à la Maternité
de l'Hôpital St-Antoine
Résultats des traitements**

(Fonctionnement du dispensaire antisypilitique).

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

EDITION IMPRIMERIE « PASCAL »

13, rue Pascal, Paris (V*).

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1935.

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

MARCUS Moïse

né, le 21 Décembre 1910

à Piatra (Roumanie).

Le Dépistage de la Syphilis à la Maternité de l'Hôpital St-Antoine Résultats des traitements

(Fonctionnement du dispensaire antisyphilitique).

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

EDITION IMPRIMERIE « PASCAL »

13, rue Pascal, Paris (V°).

1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	Rouvière.
Physiologie	Léon Binet.
Physique médicale	Strohl.
Chimie médicale	Desgrez.
Bactériologie	Robert Debré.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Brumpt.
Pathologie médicale et générale	Baudouin.
Pathologie chirurgicale	Chevassu.
Anatomie pathologique	Roussy.
Histologie	Champy.
Pharmacologie et matière médicale	Tiffeneau.
Thérapeutique	N
Hygiène et médecine préventive	Tanon.
Médecine légale	Balthazard.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Laignel-Lavastine.
Pathologie expérimentale et comparée	Fiessinger.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice Villaret.
Clinique médicale	LOEPER.
	Carnot.
	Clerc.
	Marcel Labbé.
Hygiène et clinique de la première enfance	Lereboullet.
Clinique des maladies des enfants	Nobécourt.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. Claude.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	Gougerot.
Clinique des maladies du système nerveux	Guillain.
Clinique des maladies infectieuses	Lemierre.
	Cunéo.
Clinique chirurgicale	Gosset.
	Grégoire.
	Lenormant.
Clinique ophtalmologique	Terrien.
Clinique urologique	Marion.
	Brindeau.
Clinique d'accouchements	Couvelaire.
	Jeannin.
Clinique gynécologique	Proust.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	Ombredanne.
Clinique thérapeutique médicale	Rathery.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Lemaître.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre Duval.
Clinique propédeutique	Sergent.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	Mathieu.
	Hovelacque.
	Mulon.
Professeurs sans chaire	Olivier.
	Verne.
	MOCQUOT.



II. — AGREGES EN EXERCICE.

MM.

Benard (Henri). Pathologie médicale.
 Bernard (E). Pathologie médicale.
 Boulin. Pathologie médicale.
 Bulliard. Histologie.
 Cathala. Pathologie médicale.
 Chevallier. Pathologie médicale.
 Dognon. Physique.
 Fey. Urologie.
 Galliard. Parasitologie.
 Gastinel. Bactériologie.
 De Gaudart d'Allaines. Pathologie chirurgicale.
 Gayet. Physiologie.
 Giroud. Histologie.
 Hagueneau. Pathologie médicale.
 Halphen. Oto-rhino Laryng.
 Hazard. Pharmacologie.
 Huguenin. Anatomie pathologique.
 Joannon. Hygiène.
 Labbé (Henri). Chimie biologique.
 Lacomme. Obstétrique.
 Lantuéjoul. Obstétrique.

MM.

Laroche (Guy). Pathologie médicale.
 Lemaire. Pathologie expérimentale.
 Leveuf. Pathologie chirurgicale
 Mlle J. Lévy. Pharmacologie.
 Lévy-Valensi. Neurologie et Psychiatrie.
 Moreau. Pathologie médicale.
 Moulonguet. Pathologie chirurgicale
 Mouquin. Pathologie médicale.
 Oberling. Anatomie pathologique
 Petit-Dutaillis. Pathologie chirurgicale
 Piédelièvre. Médecine légale.
 Portes. Obstétrique.
 Richet. Physiologie.
 Sannié. Chimie biologique.
 Seneque. Pathologie chirurgicale
 Troisier. Pathologie expérimentale.
 Turpin. Pathologie médicale.
 Vignes. Obstétrique.
 Wilmoth. Pathologie chirurgicale

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

Alglave. Pathologie chirurgicale
 Busquet. Pharmacologie.
 Chalilley Bert. Physiologie.

MM.

Leroux. Anatomie pathologique
 Neveu-Lemaire. Parasitologie.
 Zimmermann. Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.

Abrami.Clinique médicale.
Alajouanine.Clinique médicale.
Aubertin.Clinique médicale.
Brulé.Clinique médicale.
Chabrol.Clinique médicale.
Chiray.Clinique médicale.
Donzelot.Clinique médicale.
Duvour.Clinique médicale.
Harvier.Clinique médicale.
Lian.Clinique médicale.
Pasteur-Vallery-Clinique médicale.
Radot.Clinique médicale.
Sézary.Clinique médicale.

MM.

Basset.Clinique chirurgicale.
Brocq.Clinique chirurgicale.
Cadenat.Clinique chirurgicale.
Gatellier.Clinique chirurgicale.
Heitz-Boyer.Clinique chirurgicale.
Moure.Clinique chirurgicale.
Quenu.Clinique chirurgicale.
Schwartz.Clinique chirurgicale.
Velter.Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLEClinique obstétricale.
Gueniot.Clinique obstétricale.
Le Lorier.Clinique obstétricale.
Levy-Solal.Clinique obstétricale.
Metzger.Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

Challey-Bert
agréé.Education Physique.
Ledoux-Lebard Radiologie clinique.
Weill-Hallé.Puériculture.
FREYStomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

*Faible témoignage de mon profond
amour filial et de ma reconnaissance
pour son affection et ses sacrifices.*

A MES SŒURS

A MES FRERES

A MA BELLE-SŒUR ET A MES BEAUX-FRERES.

MEIS ET AMICIS.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE,

Monsieur le professeur *Couvelaire*,
Membre de l'Académie de Médecine,
Prof. de clinique obstétricale,
Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A MON MAITRE,

Monsieur le professeur agrégé *Levy-Solal*.

Accoucheur de la maternité St-Antoine.

*Qui nous a suggéré le sujet de cette
thèse. Qu'il veuille bien recevoir,
l'hommage respectueux de toute notre
gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR *JEAN GALLOT*,

*Qui nous a guidé dans notre travail
par ses bienveillants conseils. En
témoignage de notre profonde recon-
naissance.*

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS,

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE TOURS.

AVANT-PROPOS

Les documents de ce travail sont tirés des archives du dispensaire anti-syphilitique, annéxé à la maternité St.-Antoine, dirigé par le Dr. Gallot.

Notre but est de présenter une étude statistique concernant le fonctionnement de ce dispensaire, portant sur les trois dernières années et faisant suite à celles qui ont été présentées antérieurement.

Le nombre global des femmes enceintes qui ont consulté et le suivant :

pour l'année 1932 4186 dont 441 nouvelles ;
pour l'année 1933 5658 dont 1799 nouvelles ;
pour l'année 1934 5361 dont 1281 nouvelles.

Nous avons retenu un nombre de 372 observations complètes de femmes enceintes, que nous avons réparties en trois groupes :

I. Les femmes qui, se sachant syphilitiques, viennent subir un traitement au cours de leur gestation.

II. Les femmes qui consultent pour des accidents obstétricaux, et chez lesquelles la syphilis peut être suspectée en raison des antécédents héréditaires.

III. Les femmes qui ont été suivies en raison d'accidents obstétricaux, la syphilis étant ignorée.

Nous insisterons sur trois points particuliers :

IV — L'hypertrophie placentaire ;

V — L'hydramnios ;

VI — Les dystrophies ou malformations congénitales des nouveaux-nés, ainsi que quelques accidents survenant à la naissance.

Les indications fournies par le laboratoire et les résultats du traitement feront l'objet d'un chapitre spécial.

Nous tenons à témoigner ici toute notre gratitude à M. le Professeur agrégé Lévy-Solal qui nous a autorisé à préparer cette thèse dans son service, et à remercier son assistant, le docteur Jean Gallot qui nous a aidé de ses bienveillants conseils.

INTRODUCTION.

Il est maintenant de règle générale de rechercher systématiquement la syphilis lorsqu'une union se trouve entachée d'une série d'avortements et lorsque les enfants nés à terme sont décimés par une plurimortalité dont la cause est imprécise ; ou encore, lorsqu'ils survivent mais sont porteurs de dystrophies, qui en font des êtres inférieurs et dégénérés, tant au point de vue physique qu'intellectuel.

La syphilis évolue dans un cadre plus large encore que celui de la descendance directe. On sait maintenant que la syphilis que l'on qualifiait d'éteinte peut se réveiller non seulement chez les contaminés, mais chez les descendants des contaminés et donner lieu à des accidents touchant la descendance de la deuxième génération, se traduisant ici encore par des avortements répétés, des morts-nés, etc...

Nous nous permettons de reproduire ici quelques notions tirées d'un article du Professeur Nicolas sur l'hérédo-syphilis.

Il divise en 4 groupes anatomo-cliniques les accidents divers que l'infection hérédo-syphilitique peut déterminer sur le produit de conception : 1°) La syphilis germinative, ovulaire ou embryonnaire qui provoque l'avortement ovulaire ou embryonnaire ; 2°) La syphilis fœtale qui détermine : l'hydramnios, l'avortement fœtal du 5e au 7e mois, l'accouchement prématuré des fœtus morts et généralement macérés ; 3°) La syphilis du nouveau-né qui se traduit par : la mortalité considérable, immédiate ou rapide des enfants nés à terme ou avant terme ; le pemphigus palmo-plantaire ; la spléno- et l'hépatomégalie ; les hémorragies diverses et l'athrepsie. Ce sont des accidents dus à une véritable septicémie syphilitique. La gémellité surtout univitelline serait fréquemment une manifestation de la syphilis héréditaire.

4°) La syphilis infantile et héréditaire précoce qui peut se révéler dès la naissance par un placenta très volumineux, par un coryza congénital, par l'hypertrophie du foie et de la rate, par de l'hydrocéphalie, par la méningite syphilitique, par la pseudo-paralyse de Parrot, par les divers dystrophies, et enfin par la polylethalité infantile.

Nous laissons de côté la syphilis héréditaire tardive qui se manifeste à un âge plus avancé de la vie.

Nous venons de voir la variété, l'infinité, pourrait-on dire, des accidents pathologiques, très souvent graves, trop souvent mortels, qui relèvent de l'hérédo-syphilis. Ces accidents sont plus fréquents encore qu'on ne peut les soupçonner et les statistiques du Prof. Couvelaire à ce sujet sont éloquentes. D'après lui, à ne considérer que la mortinatalité et la mortalité du premier âge, le nombre des hérédo-syphilitiques, victimes du treponème, est considérable. En France, sur trente-huit mille enfants mort-nés, du 6^e mois de la vie intra-utérine au 13^e jour après la naissance, 50% des décès au moins, sont dus à la syphilis.

C'est pour remédier à cet état de choses qu'un dispensaire anti-syphilitique — à l'exemple de celui créé par le Prof. Couvelaire à la maternité Baudeloque — fonctionne depuis près de dix ans à la maternité de l'hôpital St-Antoine.

À cette consultation viennent se faire traiter toutes les femmes reconnues syphilitiques qui ont accouché dans le service, ainsi que leurs enfants. Mais, son but principal est de découvrir une syphilis méconnue chez des femmes qui jusque-là n'avaient présenté rien qui puisse permettre la suspecter. Aussi toutes les femmes enceintes sont-elles examinées dès qu'elles consultent à ce point de vue spécial, d'une façon aussi complète que possible, grâce à :

l'interrogatoire qui permet de rechercher les antécédents héréditaires, collatéraux et obstétricaux ;

l'examen clinique qui permet de rechercher les stigmates de syphilis héréditaire ou acquise ;

enfin, des examens de sang sont pratiqués en série chez toutes les femmes enceintes.

De cette façon, on peut penser que la lutte contre la polymortalité fœtale et infantile sera entreprise dans les meilleures conditions, puisque, dépassant les cadres restreints de la mère et de l'enfant, on étend les investigations jusqu'au mari, aux autres enfants, et même jusqu'aux ascendants. Tous ces collatéraux sont en effet examinés systématiquement quand il y a lieu.

Certainement, il y a des malades — et malheureusement elles sont en grand nombre, — qui, une fois sorties de la maternité, ne reviennent plus pour se faire examiner ou traiter en vue d'une nouvelle gestation.

C'est ici que le rôle des infirmières visiteuses apparaît dans toute son importance. En allant revoir les malades chez elles, en montrant qu'il est indispensable — pour elles-mêmes et pour leur produit de conception — de se soumettre aux

examen initial ou ultérieur, et que leur devoir est de continuer le traitement afin d'éviter les conséquences fatales de la syphilis ; le service social est un auxiliaire de premier ordre dans un dispensaire où accoucheurs et syphiligraphes associent leurs actions pour le plus grand profit de la prophylaxie anti-syphilitique.

PREMIER CHAPITRE.

FEMMES ENCEINTES ANCIENNEMENT SYPHILITIKES.

Dans ce chapitre nous ferons entrer les cas où la syphilis des procréateurs étant connue et avouée, le dépistage proprement dit n'aura pas besoin d'être exercé. Ces malades présentent ou ont présenté une réaction sérologique positive, et la syphilis est certainement la cause de tous les accidents pour lesquels elles viennent consulter.

Notre statistique porte sur 102 femmes dont 82 gardent encore un BW positif ou douteux.

Le résultat de leurs gestations au nombre de 231, se répartit ainsi :

A — Gestations interrompues et enfants mort-nés — 43.

avortements	23	(dans 16 cas le BW était positif chez la mère).
expulsion prématurée des fœtus		(dans tous les 8 cas le BW était positif chez la mère).
morts	8	
morts-nés macérés	7	(dans 7 cas BW positif).
morts-nés à terme	5	(dans 3 cas BW positif).

B — Enfants vivants à la naissance — 188.

C — Enfants décédés en bas âge — 34.

méningite	13	(dans les 13 cas BW positif).
convulsions	0	
malformations	0	
causes diverses	21	(dans les 15 cas BW positif chez la mère).

Observation N° 1.

Mme M.... Bassa, 27 ans.

Envoyée à la consultation parce qu'elle a eu en 1928 un BW positif.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Antécédents obstétricaux :

... garçon décédé à trois ans, méningite ;

... deux avortements de 4 et 3 mois.

A l'occasion d'une nouvelle gestation elle consulte à Rothschild où on lui trouve un BW positif. Elle reçoit un trai-

tement et accouche ... deux jumelles à terme : garçon 2 kg. 450, fille 2 kg. 500 avec bec de lièvre.

La séroréaction est actuellement négative. Procr. idem.

Observation N° 2.

Mme Ser.... Jeanne, 24 ans.

Syphilis conjugale.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents obsétricaux :

— Avortement 4 mois ;

— Deux enfants prématurés morts-nés, macérés ;

— Garçon 3930 gr., placenta 800 gr., décédé après 4 jours.

— garçon 3140 gr., placenta 580 gr., bien portant.

— fille née en 1934, 3750 gr., placenta 690 gr. normale.

Le BW Hecht et Meinike sont positifs.

Le mari est traité.

DEUXIEME CHAPITRE.

SYPHILIS HEREDITAIRE MANIFESTE OU PROBABLE.

Les cas d'infection de la femme et de l'enfant par une syphilis héréditaire, ne sont pas des exceptions. Tout enfant de syphilitique dont la santé paraît absolument normale, doit être tenu pour syphilitique ; l'infection peut atteindre de même les petits enfants, puisqu'il existe une hérédité de deuxième et sans doute de troisième et quatrième génération (Andrain), sous des formes de plus en plus obscures et de plus en plus atténuées dans leur virulence, mais qui semblent capables de produire en général toutes les affections dont la syphilis acquise ou héréditaire de première génération, est la cause.

En résumé, on peut affirmer que les hérédo-syphilitiques peuvent donner naissance à des enfants entâchés aussi de syphilis, sans avoir contracté eux-mêmes, pour leur propre compte, une syphilis acquise, antérieurement à la naissance de leurs enfants.

Nous avons trouvé 37 observations de femmes enceintes présentant des accidents obstétricaux, pouvant être mis sur le compte d'une syphilis héréditaire. Nous devons ajouter qu'il est très difficile de faire la preuve absolue d'une syphilis héréditaire, en dehors des cas où une manifestation indubitablement syphilitique est survenue chez les parents ou chez la femme, en dehors de toute autre contamination possible.

Chez les 37 femmes enceintes dont nous avons relevé les observations, l'hérédo-syphilis pouvait être suspectée en raison de :

- syphilis connue des parents — 7 cas ;
- accidents de nature probablement syphilitique survenant chez les parents (hémorragies cérébrales, paralysies, etc... chez les sujets de 30 à 45 ans) — 10 cas ;
- antécédents collatéraux (polyléthalité et autres accidents) — 13 cas ;
- accidents survenus dans l'enfance (convulsions ou méningites) ou stigmates d'hérédo-syphilis (Kératite interstitielle, accidents nerveux, etc...) — 7 cas.

Le nombre des gestations de ces 37 femmes est de 141.
Les résultats ont été les suivants :

A — Gestations interrompues et enfants morts-nés — 54.

Avortements	31
Prématurés	12
Morts-nés macérés	4
Morts-nés à terme	7

B — Vivants à la naissance — 87.

C — Décédés en bas âge — 37.

Méningite	10
Convulsions	6
Malformations	3
Causes diverses	18

Sur les 50 enfants vivants, 29 présentent différentes tares physiques ou intellectuelles, les autres sont plus ou moins bien portants.

Observation N° 3.

Mme Rob... Lucie.

?

Rien dans les antécédents héréditaires.

Dans ses antécédents personnels, on note qu'à vingt ans elle a été traitée pendant deux ans par novar et bismuth pour une kératite interstitielle.

Antécédents obstétricaux :

- fille 16 mois, déformation du squelette du nez ;
- avortement de 4 mois.

Sérologie : BW et Meinike négatifs. Hecht partiellement positif. A la suite du traitement toutes les réactions sont devenues négatives.

Observation N° 4.

Mme Mas... Jeanne, 29 ans.

Antécédents héréditaires : rien.

Antécédents personnels : présente des stygmates nets d'hérédo-syphilis. Kératite interstitielle, nez en lorgnette, séparation très marquée des incisives, voûte ogivale.

Antécédents obstétricaux :

- Garçon décédé 5 mois, méningite ;
- Garçon 4 kg. 750, gros crâne, nez aplati, bosse pariétale et frontale.

Les réactions sérologiques sont négatives.

Observation N° 5.

Mme Vin... Juliette.

Le père est décédé à 39 ans, syphilitique.

Antécédents obstétricaux :

— deux avortements ;

— un garçon décédé scarlatine ;

— une fille à terme présentant un pied bot.

Réaction BW et Hecht négatives.

TROISIEME CHAPITRE.

FEMMES DONT LA SYPHILIS EST IGNOREE.

Ce sont les cas les plus nombreux. Généralement, les circonstances sont les suivantes : une femme en état de gestation est examinée au point de vue obstétrical, et on note sur sa fiche spéciale ses antécédents et ses gestations antérieures ; on constate, au cours de l'interrogatoire, quelques événements suspects et elle est dirigée sur la consultation.

Les accidents les plus fréquents dans cet ordre d'idées sont : les avortements répétés, l'accouchement d'enfants mort-nés et macérés, la polymortalité, et tous les signes relatifs à une tare possible : hypertrophie placentaire, hydramnios, malformations, etc...

Ces faits sont très nombreux, mais encore faut-il, dans chaque catégorie, éliminer ceux qui se rapportent à une autre cause connue ou probable, indépendante de la syphilis : intoxication, maladie infectieuse, ou causes mécaniques et obstétricaux.

Nous avons relevé 233 observations de femmes enceintes appartenant à cette catégorie. Parmi elles 75 présentent une réaction sérologique positive ou douteuse.

Le résultat de leur gestation en nombre de 669 se répartit ainsi :

A — gestation interrompues et mort-nés :

Avortements — 157 (dans 44 BW positif chez la mère). Nous n'avons ici en vue que les cas où les avortements provoqués ont été éliminés, ainsi que ceux liés à des causes particulières : traumatismes, malformations ou affection de l'appareil génital, etc...

— Prématurés — 47 (dans 20 BW positif chez la mère).

— Expulsion de fœtus — 24 (dans 11 BW positif chez la mère). — Dans certains cas il s'agit de macération putride ; autrefois considérée comme la seule dont la syphilis est responsable. Mais dans les autres observations il s'agit de macération relativement récente ou même de début de macération. Nous considérons ces cas comme étant aussi imputables à la syphilis. En vérité, les exceptions sont peu nombreuses, qu'il s'agisse d'intoxication — albuminurie gravidique — ou plus exceptionnellement, d'étranglement par le cordon. Encore

faut-il observer que les macérations survenant après les albuminuries gravidiques peuvent être, dans certains cas, considérées elles-mêmes comme suspectes.

— Morts-nés à terme — 34 (dans 12 cas BW positif chez la mère).

B — Enfants vivants à la naissance — 410.

C — Décédés en bas âge — 172.

méningite	57
convulsions	21
malformations	14
causes diverses (entérite, maladies éruptives ou infectieuses aiguës. 80	

Ces derniers cas de mortalité infantile pour de causes diverses ont été mis sur le compte de la syphilis, parce que, mis à part 19 cas où la mère avait une réaction sérologique positive, les autres alternées le plus souvent avec des avortements répétés et des accouchements de fœtus morts-nés et macérés ; et très souvent aussi avec la naissance d'enfants débiles ou maladifs.

Observation N° 8.

Mme G.... Amélie, 25 ans.

Vient consulter pour un avortement.

Rien dans ses antécédents héréditaires ni personnels.

4 gestations.

— 2 avortements de deux mois ;

— fille à terme avec coryza et hypotrophie, BW + ;

— avortement de 4 mois pour lequel elle consulte.

Séroréaction négative, procréateur idem.

Traitée.

Observation N° 9.

Mme Ber... Gela, 27 ans.

Vient consulter pour un enfant prématuré mort-né et macéré.

Le BW et le Hecht négatifs. Meinike positif.

Procréateur indemne.

Traitée.

Observation N° 10.

Mme Lar... Suzanne, 40 ans.

Consulte pour polyléthalité infantile :

7 enfants tous décédés méningite en bas âge.

Réaction sérologique négative.

Elle est suivie au traitement.

Observation N° 11.

Mme Mau... Louise.

Est envoyée à la consultation pour polymortalité infantile. C'est une sixième pare.

— garçon décédé 8 ans méningite ;

— garçon décédé 5 mois convulsion.

— Mort-né. Pendant la gestation la malade a reçu du sulfar.

— Mort-né à terme. Pendant la gestation la malade a reçu du acetylarsan.

— Prématuro à 7 mois, mort-né macéré.

Après cette gestation la malade reçoit pendant deux ans plusieurs séries de novar et CyHg.

— Avortement de deux mois.

Sérologie BW et Hecht partiellement positifs.

Observation N° 12.

Mme M... Madeleine.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Dans ses antécédents obstétricaux on note deux avortements.

C'est pour cette raison qu'elle vient consulter à l'occasion de la gestation actuelle.

Réaction sérologique de BW, Hecht et Meinike positives.

Elle accouche d'un garçon poids 3250 gr. placenta 540 qui présente de la splénomégalie.

Procréateur indemne.

Observation N° 13.

Mme Bon... Henriette 32 ans.

Antécédents héréditaires. Père décédé à 36 ans (?).

Mère décédé à 42 ans (?)

Antécédents obstétricaux :

— prématuré à 7 mois mort-né,

— mort-né macéré,

— encore un mort-né macéré.

TABLEAU I.

Des femmes enceintes qui ont été suivies au dispensaire :
Nombre et résultat de leurs gestations :

A — Syphilis anciennement connue 102 femmes (80 séro +).

Nombre des gestations 231.

Avortements	23	(16 séro + chez la mère)
Prématurés	8	(8 séro + chez la mère)
Macérés	7	(6 séro + chez la mère)
Morts-nés	5	(3 séro + chez la mère)
Décédés en bas âge:		
Méningite	13	(13 réso + chez la mère)
Causes diverses	21	(15 séro + chez la mère)

Soit une totalité d'avortements et de décédés de 77.

Enfants vivants. 154.

B. — Syphilis héréditaire manifeste ou probable 37.

Nombre des gestations 141.

Avortements	31
Prématurés	12
Macérés	4
Morts-nés	7
Décédés en bas âge:	
Méningite	10
Convulsions	6
Malformations	3
Causes diverses	18

Soit une totalité d'avortements et morts-nés de 91

Enfants vivants 50.

C — Syphilis ignorée 230 femmes (75 séro +).

Nombre des gestations 669.

Avortements	157	(54 séro + chez la mère)
Prématurés	47	(20 séro + chez la mère)
Macérés	24	(11 séro + chez la mère)
Morts-nés	34	(12 séro + chez la mère)
Décédés en bas âge:		
Méningite	57	(12 séro + chez la mère)
Convulsions	21	(2 séro + chez la mère)
Malformations	14	(1 séro + chez la mère)
Causes diverses	80	(19 séro + chez la mère)

Soit une totalité d'avortements et morts-nés de 431.

Enfants vivants 238.

QUATRIEME CHAPITRE

L'HYPERTROPHIE PLACENTAIRE

La syphilis héréditaire précoce peut se révéler dès la naissance par la présence d'un placenta très volumineux, atteignant parfois le quart et même la moitié du poids de l'enfant au lieu de la proportion de $1/6$ qui, classiquement, est le rapport normal.

La syphilis touchant l'œuf dans tous ses éléments, peut donner le gros œuf (Pinard) caractérisé par une triade : gros enfant, gros placenta, excès de liquide amniotique. Ce sont en général de beaux enfants à la naissance mais qui souvent dépérissent et parfois meurent dans les jours où les mois suivants.

Notre maître, le Prof. agrégé Lévy-Solal, dont les travaux sur les hypertrophies placentaires sont bien connus, a établi que sur 100 gros placentas plus de 50 peuvent être revendus d'une façon certaine par la syphilis, soit que la mère ait des lésions nettes, soit que la réaction de BW soit positive.

Dans plus de 30 cas l'était pathologique de l'œuf, indépendamment de l'hypertrophie placentaire, permet de soupçonner la syphilis sans qu'on puisse l'affirmer avec certitude.

Enfin, dans 15 % des cas rien ne permet la soupçonner.

Notre tableau ci-dessous ne fera que vérifier une fois de plus ces données.

Nous relevons 59 cas de gros placentas que nous avons répartis en 5 groupes suivant le rapport poids du fœtus — poids du placenta :

I. — Rapport fœto-placentaire de $1/1,5$ — $1/2$.

Un cas. Le BW chez la mère était positif.

II. — Rapport de $1/2$ — $1/3$.

Trois cas. Dans tous les 3 cas BW de la mère positif.

III. — Rapport de $1/3$ — $1/4$.

Onze cas.

Dans 3 Bw positif chez la mère.

Dans 1 Bw positif chez le procréateur.

Dans 2 il y avait en même temps hydramnios.

Dans 3 on pouvait soupçonner la syphilis en raison de polylethalité fœtale et infantile.

Dans 2 rien ne permettait d'incriminer la syphilis.

IV. — Rapport entre 1/4 — 1/5.

Vingt-deux cas.

Dans 7 BW positif chez la mère.

Dans 1 BW positif chez le procréateur.

Dans 3 la syphilis Héréd. est certaine.

Dans 2 la triade de Pinard était au complet.

Dans 2 polymortalité infantile (méningite).

Dans 3 coexistence de malformations fœtales.

Dans 4 rien ne laissait supposer qu'on a affaire à une syphilis.

V. — Rapport entre 1/5 — 1/6.

Vingt-deux cas —

Dans 5 BW positif ou douteux chez la mère.

Dans 1 la mère est ancienne syphilitique.

Dans 1 le procréateur est syphilitique.

Dans 1 syphilis héréditaire probable.

Dans 8 polyléthalié (méningite, convulsions).

Dans 4 malformations fœtales.

Dans 1 hémorragies à la naissance.

Dans 1 rien.

Dans onze cas sur le nombre total le poids du fœtus atteignait ou, le plus souvent, dépassait 4 K 500.

Observation Ns 14 :

Mme Bon... Jeanne.

Dans ses antécédents personnels : deux crises nerveuses à 17 et 25 ans ;

Elle a une fille de 13 ans bien portante ;

Envoyée des salles à la consultation parce qu'elle vient d'accoucher d'un garçon pesant 4750 gr., placenta 1090 gr. La réaction de BW Hecht et Meinike sont négatives.

Pas de renseignements sur le procréateur ; traitée.

Observation N° 15.

Mme Houl... Zoe 41 ans.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

11 gestations.

— 5 enfants vivants.

— 4 enfants décédés en bas âge convulsions et entérite.

— Jumelles prématurés 7 mois, une vivante 5 ans.

— une décédée à 6 jours.

— Dernière gestation. Présente un excès de liquide.

Accouche une fille 4050 gr. placenta 920.

Sérologie négative.

Observation N° 16.

Mme Vic... Suzanne 25 ans.

Est envoyée par la sage-femme pour excès de liquide.

Rien dans ses antécédents.

Elle a eu un avortement de deux mois.

Gestation pour laquelle elle consulte, gros excès de liquide.

Elle est mise au traitement qui est tardif. Accouche d'un garçon pesant 3600 gr. placenta 970, présentant en outre un gros crâne irrégulier.

Sérologie BW et Hecht négatives, Meinike douteux.

Procréateur indemne.

CINQUIEME CHAPITRE.

L'HYDRAMNIOS.

L'apparition de l'hydramnios au cours de la gestation, quel que soit le degré de l'hydropsie, doit entraîner un soupçon de syphilis, une enquête plus approfondie des antécédents familiaux et personnels, et, éventuellement, une thérapeutique spécifique.

Mais, en général, ce sont des malades qui ne peuvent être vues qu'à une époque très avancée de leur gestation et chez lesquelles le traitement perd par conséquent de son efficacité.

Nous avons relevé 13 observations de femmes enceintes qui sont venues consulter pour de l'hydramnios.

Dans 4 cas la réaction sérologique était positive.

Dans 2 cas polyléthalié infantile importante.

Dans 6 cas c'est l'accouchement qui a révélé la nature de l'hydramnios.

Dans 2 cas la triade de Pinard était au complet.

Dans 2 cas il y avait hypertrophie placentaire.

Dans 2 cas coexistence de malformation chez le nouveau-né.

Dans un cas rien qui puisse faire soupçonner la syphilis.

Observation N° 17.

Mme Pr... Yvonne.

Envoyée à la consultation pour de l'hydramnios.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : crises nerveuses à 20 ans.

Antécédents obstétricaux : 4 gestations.

— avortement

— prématuré à 7 mois ;

— enfant à terme ;

— gestation pour laquelle elle consulte, présente un hydramnios considérable ; accouche à 7 mois d'un garçon prématuré, décédé 3 heures après. Placenta 550 gr. chair à saucisse.

Les réactions de BW, Hecht et Meinike positives.

Mari traité pour la syphilis.

Observation N° 18.

Mme O... Hélène 42 ans.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels ; syphilis acquise en 1926 ; traitée aussitôt.

Antécédents obstétricaux ; 8 gestations ;

— 4 enfants nés à terme ; bien portants.

— 2 avortements.

— garçon à terme, gros crâne, strabisme, nez écrasé, incurvation des tibias.

— gestation pour laquelle elle consulte. Excès de liquide, accouchement à terme d'un garçon poids 3150 gr. placenta 580.

La séroréaction est actuellement négative.

Le procréateur traité pour la syphilis.

Observation N° 19.

Mme Mar... Renée 30 ans.

Envoyée par la sage-femme pour gros excès de liquide.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Antécédents obstétricaux :

— 3 enfants bien portants ;

— avortement 5 mois ;

— fille décédée à 3 ans dyphtérie ;

— gestation pour laquelle elle consulte. Gros excès de liquide. Hauteur utérine 38 cm. Mise au traitement elle accouche d'un garçon 4300 gr. placenta 930.

Sérologie : BW positif.

SIXIEME CHAPITRE.

DYSTROPHIES ET MALFORMATIONS.

Nous avons ici en vue des manifestations syphilitiques reconnues au cours de l'examen du nouveau-né à la naissance. Cet examen devra être pratiqué avec d'autant plus de soin que des doutes auront pu naître au cours de la gestation, sur une syphilis possible des procréateurs.

Nous nous permettons de rappeler brièvement les différentes dystrophies qu'on peut rencontrer — classiquement — chez le nouveau-né hérédosyphilitique, et aussi quelques manifestations survenant les jours suivant à la naissance.

La surface palmo-plantaire peut être le siège d'un pemphigus.

Le crâne peut avoir un volume exagéré. Les parois osseuses sont parfois peu résistantes et dépressibles (crânio-tabès). Il peut exister des dystrophies diverses, telles que le bec de lièvre simple ou avec perforation du voile, un coryza purulent précoce et tenace, une déformation du squelette du nez.

Au niveau des organes génitaux du garçon, un hydrocèle, surtout unilatéral et irréductible, fera soupçonner l'hérédosyphilis.

Devraigne et Sauphar attachent une grande importance aux courbes de poids insuffisantes — chez des nourrissons dont l'alimentation est bien réglée — et aux hémorragies (melœna en particulier) de la naissance.

Baboneix soupçonne la syphilis toutes les fois qu'il trouve du mongolisme, du rachitisme précoce et de l'athrepsie.

Le prof. Lereboullet s'appuie pour le diagnostic sur un ensemble de signes. La présence d'un rachitisme précoce avec ou sans crânio-tabès, ainsi que l'hypertrophie splénique et hépatique a pour lui une importance particulière.

Dans les observations étudiées, nous avons trouvé 87 cas de ces manifestations. Nous donnerons les raisons pour lesquelles on a pu penser que ces manifestations, sont sous la dépendance de la syphilis ou de l'hérédosyphilis des procréateurs.

Splénomégalie... 44 cas.

- Dans 4 BW positif chez la mère.
- Dans 2 procréateur syphilitique.
- Dans 1 syphilis héréditaire probable.
- Dans 2 coexistence d'autres malformations.
- Dans 1 polyléthalite infantile.
- Dans 1 rien d'autre qui puisse faire suspecter la syphilis.

Hépatomégalie... 5 cas.

- Dans 2 coexistence de splénomégalie.
- Dans 1 BW douteux chez la mère.
- Dans 2 polymortalité fœtale.

Pemphigus palmo-plantaire... 2 cas.

- Dans l'un la mère était syphilitique.
- Dans l'autre l'enfant a présenté des convulsions.

Coryza congénital... 8 cas.

- Dans 2 BW positif chez la mère.
- Dans 1 mère anciennement syphilitique.
- Dans 1 syphilis héréditaire probable.
- Dans 3 coexistence d'autres malformations.
- Dans 1 rien.

Hydrocéphalie... 4 cas.

- Dans 1 la syphilis héréditaire était certaine.
- Dans les autres trois rien ne prouvait qu'on avait affaire à une syphilis.

Crânio-tabès et autres dystrophies crâniennes... 10 cas.

- Dans 2 mère anciennement syphilitique.
- Dans 2 le procréateur syphilitique.
- Dans 1 réaction sérologique de la mère douteuse.
- Dans 1 hérédo-syphilis probable.
- Dans 1 retard intellectuel.
- Dans 1 coexistence de plusieurs malformations.
- Dans 2 rien.

Spina bifida... 7 cas.

- Dans 2 BW positif chez le nouveau-né.
- Dans 1 Mère anciennement syphilitique.
- Dans 1 hérédo-syphilis probable.
- Dans 2 coexistence d'autres malformations.
- Dans 1 rien.

Bec de lièvre... 3 cas.

- Dans 2 hérédo-syphilis probable.
- Dans 1 coexistence d'autres malformations.

Lésions oculaires, cécilé, strabisme convergent très marqué etc... — 9 cas.

- Dans 3 séro-réaction de la mère positive.
- Dans 2 procréateur syphilitique.
- Dans 2 hérédo-syphilis probable.
- Dans 1 autre malformation.
- Dans 1 polyléthalité infantile.

Paralysies ou pseudo-paralysies — 5 cas.

— Dans 1 réaction sérologique de la mère positive.

— Dans 1 mère anciennement syphilitique.

— Dans 2 hérédo-syphilis probable.

— Dans 1 hypertrophie placentaire.

Déformation du squelette du nez — 7 cas.

— Dans 4 séroréaction de la mère positive.

— Dans 1 hérédo-syphilis probable.

— Dans 1 procréateur syphilitique.

— Dans 1 convulsions.

Diverses malformations — maladie bleue, pied bot, etc...)

— 14 cas.

— Dans 6 séroréaction de la mère positive.

— Dans 1 mère anciennement syphilitique.

— Dans 1 procréateur idem.

— Dans 2 coexistence de plusieurs malformations.

— Dans 2 coexistence d'hypertrophie placentaire.

— Dans 2 hydramnios.

Manifestations hérédo-syphilitiques survenant à la naissance ou les jours suivants.

Hémorragies (meloena) — 7 cas.

— Dans 4 séro-réaction de la mère positive.

— Dans 1 gros placenta.

— Dans 1 mère anciennement syphilitique.

— Dans 1 rien.

Hydrocèle unilatérale irréductible — 10 cas.

— Dans 2 mère anciennement syphilitique.

— Dans 2 hérédo-syphilis probable.

— Dans 2 coexistence avec hypertrophie placentaire.

— Dans 2 polyéthélie infantile (méningite).

— Dans 1 plusieurs malformations.

— Dans 1 rien.

Athrepsie — 2 cas.

— Dans 1 la séro-réaction de la mère positive.

— Dans 1 hérédo-syphilis probable.

Observation N° 20.

Mme Mon... Marie.

Vient consulter pour un enfant décédé qui a présenté des déformations.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Antécédents obstétricaux :

— garçon 7 ans bien portant.

— prématuré à 8 mois, né avec perforation de la voûte palatine, et spina bidia. A vécu quelques heures.

Sérologie négative. Procréateur idem.

Observation N° 21.

Mme Mag... Yvonne, 27 ans.

Deux avortements.

Fille prématurée à 7 mois 1820 gr., placenta 1010 gr., née dans un état déplorable, athrepsie, hémorragie du nez et de l'anus.

Le BW, Hecht et Meinike positifs.

Précréateur idem. Traité.

Observation N° 22.

Mme Kl... Hélène, 44 ans.

Dans ses antécédents collatéraux : 8 frères et sœurs morts en bas âge.

Antécédents obstétricaux : 9 gestations.

— 4 enfants bien portants.

— 2 décédés à 2 et 15 mois, méningite.

— 2 morts-nés à terme.

— dernière gestation. Accouchement d'un garçon aveugle présentant aussi de la spléno-mégalie.

Sérologie : BW douteux, Hecht fortement positif.

La mère du mari a été traitée pour la syphilis.

Observation N° 23.

Mme Lam... Marie, 24 ans.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Antécédents obstétricaux :

— prématuré à 7 mois, mort-né macéré.

— prématuré à 8 mois, décédé à 15 jours (?)

— garçon à terme avec rate perceptible. Décédé à 3 jours.

La sérologie est négative.

Mari BW positif.

Observation N° 24.

Mme Pao... Vera, 30 ans.

Antécédents héréditaires : père décédé rupture anévrysme de l'aorte. Mère décédée folle.

Antécédents obstétricaux :

— 2 garçons mort-nés présentant des malformations (?)

— fille 3610 gr., placenta 600 gr., aspect chair à saucisse, présente un bec de lièvre particulier, absence de cloison nasale, microcéphalie, pupille non centrale.

La sérologie de la mère et du procréateur négative.

SEPTIEME CHAPITRE.

RESULTATS FOURNIS PAR LE LABORATOIRE.

L'étude sérologique doit porter non seulement sur la femme et sur l'enfant, mais aussi sur les procréateurs des enfants, et même, quand cela est jugé nécessaire, sur les parents de la femme.

D'une manière générale, les réactions effectuées au laboratoire du service — dirigé par le Dr. d'Alsace, — ont été celles de Bordet-Wassermann, de Hecht, et la réaction d'opacification de Meinike ; ces trois réactions, étant pratiquées systématiquement chez toutes les femmes dirigées sur la consultation.

A — Réaction de Bordet-Wassermann.

On sait que lorsque cette réaction est positive, sa valeur diagnostique est considérable, et que négative, elle ne comporte aucune signification absolue, aussi bien pour rejeter le diagnostic de la syphilis, que pour légitimer une abstention thérapeutique. Le Dr. Milian dit, avec juste raison : « Si la réaction de Wassermann ne pêche jamais par excès, on sait qu'elle pêche souvent par défaut ». Et, en vérité, beaucoup de syphilis héréditaires, n'offrent pas un BW positif. Chez des enfants exempts de manifestations, dans des cas d'hérédosyphilis latente, le BW est très souvent négatif. Alors même qu'il existe des signes cliniques ou des stygmates certains permettant de faire rétrospectivement le diagnostic de la nature syphilitique des accidents, le BW fait souvent défaut.

En 1928, le prof. Couvelaire expose, à la conférence de la Défense Sociale contre la syphilis, le résultat obtenu avec la séroréaction pratiquée chez deux mille femmes gravides, consultant à la clinique Baudeloque. Il n'obtint que 3/1000 des résultats positifs, la moitié de ce chiffre étant fourni par des femmes chez lesquelles aucun procédé de diagnostic, n'eût permis de soupçonner l'existence de la syphilis. Mais le nombre des cas de syphilis décélé au moyen de cette réaction, restait bien inférieur à celui révélé par l'interrogatoire, l'examen clinique et les constatations faites au niveau de l'œuf, faits, à la suite desquels on institua le traitement chez 13% des femmes.

L'auteur conclut que jusqu'à nouvel ordre, on doit donner

la première place, chez les femmes gravides, à l'examen clinique et à l'enquête familiale.

Ces conclusions sont encore d'actualité, car sur les chiffres qui nous ont été fournis par le laboratoire, nous trouvons :

En 1932, sur 1783 femmes enceintes examinées, le BW a été 60 fois positif, un % 3,3 pour mille.

En 1933, sur 2062 femmes enceintes examinées, le BW a été 75 fois positif, soit un % de 3,2 pour mille.

En 1934, sur 1625 femmes enceintes examinées, le BW a été positif 72 fois, soit 4,58 pour mille.

B — Reaction de Hecht.

Nous n'insistons pas beaucoup sur cette réaction qui jouit d'une grande faveur en France, car elle est employée — concurremment avec celle de BW — dans presque tous les laboratoires, bien que l'opérateur soit souvent gêné par le pouvoir anticomplémentaire du sérum.

A ce propos, nous nous permettons de présenter quelques observations visant ces cas où le sérum se révèle « anticomplémentaire ». Ces réactions, dans lesquelles le tube témoin n'est pas hémolisé, se produisent avec une certaine fréquence, même en prenant les précautions habituelles : opérer l'examen sérologique, 24-48 heures après le prélèvement du sérum, conservation dans une glacière, prélèvement du sérum à jeûn, etc...

Il nous a semblé que, dans certains cas, ce défaut d'hémolyse se rencontrait curieusement chez des malades dont la syphilis était certaine ou extrêmement vraisemblable.

Nous n'insistons pas, et, sans vouloir rien expliquer, nous signalons quelques cas parmi les plus intéressants.

Observation N° 25.

Mme Bol.... Gabrielle.

2 procréateurs :

— premier : deux enfants décédés méningite ; un bien portant.

— deuxième : deux avortements :

— fille 6 ans, voûte ogivale, dents très abimées.

— garçon 2 ans, 3350 gr., placenta 690.

Sérologie : plusieurs prises de sang.

20. I. 1932	BW et Meinike négatifs, Hecht=S.A.C.	
6. VII. 1932	idem	idem
21. XII. 1932	idem	idem
19. IV. 1933	idem	idem

Procréateur indemne.

Observation N° 26.

Mme Dib... Marie, 27 ans.

A présenté des convulsions à 4 ans à la suite desquelles elle a un bras paralysé.

Antécédents obstétricaux :

— fille 2580 gr., placenta 650 gr., décédée convulsions à 7 mois, a présenté un Meinike douteux et Hecht=S.A.C.

— prématuré à 6 mois 1400 gr., placenta 330 gr., décédé à 2 mois.

Sérologie : BW et Hecht négatifs, Meinike positif.

Observation N° 27.

Mme Vin.... Renée, 20 ans.

Envoyée des salles pour gros placenta.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Première gestation : fille à terme 2670 gr., placenta 680.

Sérologie : réaction de BW et Meinike négatifs, Hecht — S. A. C.

Le père du mari est décédé d'une rupture d'un anévrysme de l'aorte.

Observation N° 28.

Mme Al... Suzanne.

Antécédents personnels : A l'âge de 13 ans a présenté deux plaies très larges à la jambe droite. Rebelle à tout traitement. Durée 8 mois. Guérie en 15 jours par une solution de HG prise par la bouche.

Antécédents obstétricaux : trois avortements successifs en 1932, 1933 et en 1934.

Sérologie : en juillet 1933 BW et Hecht négatifs, Meinike douteux ; en novembre 1933 le Meinike est négatif mais Hecht S. A. C.

Observation N° 29.

Mme P... Célestine.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Antécédents obstétricaux :

— un garçon bien portant. Pendant la gestation sa tension artérielle était de 21.

— gestation actuelle de 5 mois. Tension 18, mais à la suite du traitement tombe à 12.

Sérologie : 8. XII. 1934 BW négatif, Hecht S. A. C., Meinike positif ; 21. I. 1935 BW et Meinike négatifs, Hecht = S. A. C.

Nous trouvons sur l'ensemble des femmes enceintes examinées à la consultation 8 fois le S. A. C. ensemble avec une

autre réaction sérologique positive et 136 fois, lorsque toutes les autres réactions sont négatives.

En ce qui concerne la réaction de Hecht :

- En 1932, sur 1783 femmes le Hecht positif 85 fois soit 4,7 pour mille.
- En 1933, sur 2062 femmes le Hecht positif 80 fois, soit 3,8 pour mille.
- En 1934, sur 1625 femmes le Hecht positif 82 fois, soit 5,4 pour mille.

C — Réaction de Meinike.

Parmi les réactions de précipitation et de floculation qui ont réussi à s'imposer dans la pratique, il faut compter la réaction d'opacification de Meinike qui, par sa simplicité et par sa grande sensibilité dans toutes les périodes de l'infection syphilitique, constitue — à côté des autres procédés — un élément intéressant de contrôle. On s'accorde actuellement à considérer cette réaction pour spécifique. Mais les cas où la réaction ne s'opère pas avec netteté, paraissent être discutés.

Nous avons dit que la réaction de BW et de Hecht, ont été effectuées simultanément avec celle de Meinike dans chaque cas. Nous avons pu vérifier de la sorte, la concordance des résultats fournis par cette dernière réaction. Toutefois, la réaction de Meinike s'est révélée avec une sensibilité de beaucoup supérieure à celle des deux réactions classiques, soit qu'elle se montre positive alors que le BW et que le Hecht sont négatifs, bien que les circonstances de la syphilis soient connues ; soit qu'elle reste positive la dernière au cours du traitement.

Notons aussi les cas fréquents dans lesquels le Meinike devient positif au cours du traitement (réactivation).

Observation N° 30.

Mme Lan... Marie-Jeanne, 24 ans.

Trois gestations :

— mort-né macéré.

— **garçon décédé à 15 jours.**

— garçon présentant un pemphigus des deux pieds, une rate perceptible, un hydrocèle droit irréductible ; décédé à 4 mois.

Sérologie : en Nov. 1934 toutes les réactions sont négatives, mais au cours du traitement 27. II. 1935 BW et Hecht négatifs, mais Meinike positif.

Grâce à la résistance plus grande au traitement, et, par conséquent à sa plus grande persistance, il y aurait beaucoup d'intérêt d'employer la réaction de Meinike, ou toute autre

réaction de floculation, à côté des autres procédés, pour le contrôle sérologique du diagnostic et du traitement.

Sur l'ensemble des femmes enceintes au cours de ces trois années nous trouvons :

En 1932, sur 1783 réactions de M. pratiquées, 174 + soit 9,7 pour mille.
 En 1933, sur 2062 réactions de M. pratiquées, 156 + soit 7,8 pour mille.
 En 1934, sur 1625 réactions de M. pratiquées, 175 + soit 10,7 pour mille.

D'autre part, on remarque la concordance des réactions positives (BW+H+M+) suivante :

En 1932 sur 1783 réactions de BW et autant de H que M, les réactions positives concordent 49 fois.

En 1933 sur 2062 réactions de BW et autant de H que M, les réactions positives concordent 60 fois.

En 1934 sur 1625 réactions de BW et autant de H que M les réactions concordent 68 fois.

Mais sur le même nombre de réactions, on remarque surtout une discordance, et ceci manifestement en faveur de la réaction de Meinike. Ainsi

	1932	1933	1934
H+			
a) M+	13 fois	9 fois	7 fois
BW—			
M+			
b) H—	112	87	100
BW—			
H+			
c) M—	12	5	3
B—			
BW+			
d) H+	11	6	4
M—			

HUITIEME CHAPITRE.

RESULTATS DU TRAITEMENT.

Dans tous les cas où la syphilis a pu être mise en cause, il est de toute urgence de traiter la femme dans l'intérêt de l'évolution de la gestation actuelle, comme dans celui des gestations ultérieures.

Le traitement de la syphilis chez la femme enceinte ne se distingue en rien du traitement de la syphilis en général. Mais alors que, dans la vie d'un syphilitique on doit accorder des périodes de long repos, ici le traitement doit être appliqué d'une façon intensive, et continué jusqu'au terme de la grossesse.

Nous avons envisagé les résultats des traitements effectués suivant l'époque de la gestation à laquelle ils ont pu être entrepris, et nous indiquons les chiffres tels qu'ils nous sont apparus.

1 — Femmes traitées avant gestation — 23.

Il s'agit de femmes qui ont été suivies à la consultation depuis un accouchement précédent et qui ont été traitées jusqu'à une nouvelle gestation. Les résultats ont été les suivants :

a) Enfants vivants

Enfants sains, placenta normal	16
Enfants prématurés	1
Hypertrophie placentaire	1

b) Gestations interrompues et mortalité

Avortements	2
Morts-nés	1
Décédés en bas âge	2
rougeole	
entérite	

Soit 79,3% d'enfants vivants.

— 86. 2 — Femmes traitées avant le 6e mois de la gestation

a) Enfants vivants

enfants sains, placenta normal	52
prématurés	4
hypertrophie placentaire	10

b) Gestations interrompues et mortalité

avortements	3
morts-nés	2
décédés en bas âge	15
convulsions	1
méningite	1
maladies infectieuses	5
bronchopneumonie	3
entérite	3
— — ?	2

Soit 76,8% d'enfants vivants.

3 — Femmes traitées après le sixième mois — 43.

a) Enfants vivants

enfants sains, placenta normal ...	52
prématurés	3
hypertrophie placentaire	7

b) Gestations interrompues et mortalité

morts-nés	5
macérés	1
décédés en bas âge	11
méningite	5
convulsions	2
pneumonie	1
maladies infectieuses	3

Soit 66,5% d'enfants vivants.

4 — Traitement irrégulier et insuffisant — 43.

a) Enfants vivants

sains et placenta normal	11
prématurés	3
hypertrophie placentaire	13

b) Gestations interrompues et mortalité

morts-nés	6
décédés en bas âge	10
meningite	6
convulsions	4

Soit 62,9% d'enfants vivants.

Il ressort donc de ces chiffres, que les meilleurs résultats se rencontrent chez les femmes traitées avant ou dès le début de leur gestation. Aussi est-il important de recruter les consultantes dès leur sortie de l'hôpital, quand les circonstances de l'accouchement se sont révélés suspects.

Donc — à condition qu'il soit conduit d'une façon suffisamment intensive — plus le traitement est précoce, plus le résultat est favorable. Mais il ne faut pas oublier que, dans certains cas, un traitement même tardif peut avoir une certaine efficacité. D'ailleurs, il faut ajouter que chaque fois qu'un traitement suffisamment régulier et précoce n'a pu être institué, l'enfant a été traité dès la naissance.

Une autre preuve de l'efficacité du traitement résulte de l'étude du placenta à la naissance. Si nous considérons la proportion des gros placentas par rapport aux enfants vivants, nous trouvons les chiffres suivants :

Chez la femme traitée avant la gestation	5,5%
Chez la femme traitée avant 6e mois	15,1%
Chez la femme traitée après 6e mois	28,4%
Chez la femme traitée irrégulièrement et insuffisamment	48 %

Enfin, à titre comparatif, nous indiquons le résultat des gestations — chez les malades dont les observations ont été retenues — avant et après l'institution du traitement.

A — Avant tout traitement :

Nombre des gestations	398
Enfants vivants	91
Avortements, morts-nés, décédés en bas âge	307

Soit un déchet de 77%.

B — Après l'institution du traitement :

Nombre des gestations	193
Vivants	137
Avortements, mort-nés, décédés en bas âge	56

Soit un déchet de 28,9%.

C — Traitement régulier ou pratiqué avant gestation :

Nombre des gestations	109
Vivants	84
Avortements, morts-nés, décédés en bas âge	25.

Soit un déchet de 23%.

Tableau II.

A — Résultats des réactions sérologiques :

Réactions pratiquées en 1932, 1933, 1934 — 16410.

Réactions positives — 546.

a) Bordet-Wassermann

Nombre des réactions pratiquées 5470

Nombre des réactions positives 207

Soit un pourcentage de 3,82 pour mille.

b) Réaction de Hecht

Nombre des réactions pratiquées 5470

Nombre des réactions positives 247

Soit 4,51 pour mille.

c) Réaction de Meinike

Nombre des réactions pratiquées 5470

Nombre des réactions positives 505

Soit 9,26 pour mille.

B — Résultats des traitements :

- a) 1° Femmes traitées avant gestation 79,3% enfants viv.
- 2° Femmes traitées avant 6e mois 76 8% enfants viv.
- 3° Femmes traitées après 6e mois 60,5% enfants viv.
- 4° Femmes traitées insuffisamment ou irrégulièrement .. 62,9% enfants viv.
- b) Résultats des gestations avant et après le traitement :
- 1° Avant tout traitement 77 % déchet
- 2° Après l'institution du traitement 28,9% déchet
- 3° Traitement régulier ou pratiqué avant gestation 23 % déchet

CONCLUSIONS.

Les faits suivants se dégagent des 372 observations que nous avons retenues :

1° — Parmi les femmes qui ont été traitées lors d'une gestation : la syphilis était connue dans 27,6 % des cas ; dans 10,1% des cas les antécédents personnels ou collatéraux permettaient de suspecter une hérédité syphilitique ; dans 62 % des cas la syphilis était ignorée, mais pouvait être suspectée en raison des antécédents obstétricaux ou de l'examen sérologique.

2° — Chez la femme enceinte, s'il faut attacher une grosse importance aux renseignements fournis par le laboratoire, il faut attribuer une valeur décisive aux antécédents personnels, obstétricaux et familiaux.

3° — Dans le cas où, en l'absence des signes cliniques ou biologiques, il existe un passé obstétrical chargé, il faut — en absence de toute autre cause — suspecter quand même la syphilis et instituer — éventuellement — un traitement avec toute la prudence désirable.

4° — Les résultats du traitement dépendent pour une grande part de l'époque à laquelle il est commencé ; plus il est précoce, plus le résultat est favorable ; si le traitement a été tardif ou insuffisant, il est indiqué de traiter l'enfant dès la naissance.

5° — Dans les observations qui ont été retenues, 70% des gestations n'avaient pas donné un produit vivant, ou bien ce produit n'avait pas survécu ; nous constatons que ce déchet tombe à 20,7% dans les cas où un traitement régulier a pu être effectué.

Vu: le Doyen de la Faculté
de Médecine

G. Roussy.

Vu: le Président de Thèse,

Couvelaire.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
Charléty.

BIBLIOGRAPHIE.

- APPERT (E.). — La recherche de l'hérédité syphilitique. *Monde Méd.*, Paris 1925.
- BENOIT (C.). — Une consultation de prophylaxie prénatale. Thèse, Paris 1927.
- BERG. — Traitement de la syphilis au cours de la gestation. Thèse, Paris 1932.
- BERTIN (E.). — Syphilis latente et grossesse. *Presse Méd.*, 1926.
- BRINDEAU. — Résultats tirés de l'examen de 500 réactions de BW chez la femme récemment accouchée. *Bull. Acad. Méd.* Paris 1923.
- BOHOSIEVICZ. — Etude comparative des divers procédés sérologiques dans la syphilis. Thèse, Paris 1932.
- CONFERENCE de la défense sociale contre la syphilis (Nancy 29-31 mai 1928). *Presse Médicale*, 1928.
- COUVELAIRE. — Création d'un dispensaire antisiphilitique annexé à la maternité Baudeloque. *Gynéc. et Obst.*, Paris 1921.
- La mortinatalité. *Presse Méd.*, 1921.
- Organisation du traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis dans les maternités. *Rev. d'hyg.*, Paris 1922.
- Progrès réalisés dans la prophylaxie de la mortalité fœtale pendant la gestation. *Paris Méd.*, XII, 1928.
- GALLOT (J.). — Contribution au traitement de la syphilis dans les maternités. Travail de la maternité de l'hôpital de la Charité. Thèse, Paris 1924.
- GOUGEROT. — Paradoxes et imperfections de la réaction de BW. *Journ. des Praticiens*, 29. XI. 1929.
- GRENET (H.). — Sur quelques aspects de la syphilis héréditaire. *Monde Méd.*, 1922.
- HIGOUMENAKIS (G.). — La syphilis héréditaire de seconde génération et son traitement. *Ann. mal. vénér.*, 1924.
- LAURENT et PEYROT. — Le dépistage de la syphilis dans les maternités. — *Loire Médicale*, 1928.
- LELLOUCHE. — Fonctionnement de la maternité St-Antoine. Thèse, Paris.
- LEREBoullet et BRIZARD. — L'hérédo-syphilis larvée. *Paris Méd.*, 1925.
- LERREDE et LESNE. — La syphilis héréditaire larvée. *Presse Méd.*, 1925.
- LEVY-SOLAL (E.). — Contribution à l'étude des rapports de la syphilis et de l'hypertrophie placentaire. *Gynéc. et Obst.*, 1924.
- De la prophylaxie de l'hérédo-syphilis. *Pédiatrie* 1924.
- Syphilis de l'œuf, du fœtus et des annexes ovulaires. *Paris Méd.*, VI 1923.
- Syphilis de l'œuf et du fœtus, leçons de la clinique Baudeloque 1924.
- LEVY-SOLAL et MILIAN. — Traitement préventif de l'hérédo-syphilis. *Presse Méd.*, 1925.
- MARCAIS. — La famille syphilitique. Thèse, Paris 1925.
- MARFAN. — Prophylaxie de la syphilis congénitale. *Rev. Clin. thérap.*, 1925.
- Diagnostic de la syphilis congénitale du nouveau-né et du nourrisson. — Signes de certitude. *Presse Méd.* 1923. — Signes de probabilité. *Presse Méd.*, 5. V. 1923.
- MAZILLIER. — Nouveau-né issu de souche syphilitique. Thèse, Paris 1933.
- MILIAN. — Prophylaxie de la syphilis héréditaire. *Rev. Derm. vénér.* Paris 1925.
- Hérédo-syphilis de deuxième génération. *Leçons clin. Baudeloque*, 1929.
- NICOLAS et CAVAILLON. — Prophylaxie sociale de la syphilis héréditaire. *Ann. de Maladies vénériennes*, 1927.
- NOBECOURT. — Réactions de BW chez les accouchées et chez les enfants. *Bull. Acad. Méd.* Paris 1923.
- NOBECOURT et LAHEE. — Convulsions de la première enfance et syphilis congénitale. *Pédiatrie*, 1928.

- PINARD (M.). — Sur quelques signes peu connus de l'hérédo-syphilis. Clinique Paris, 1923.
- Dépistage de la syphilis au début de la gestation. Paris Méd. 1923.
 - Traitement du nouveau-né hérédo-syphilitique. Méd. Paris, 1921-22.
 - La syphilis que le Wassermann négatif fait méconnaître ; nécessité des enquêtes familiales. Bull. Soc. Méd. Obst. Paris 1926.
- PINARD (E.). — Diagnostic et traitement de la syphilis pendant la gestation. Clin. et Lab., 1931.
- RAVAUT. — Que peut-on demander de la réaction BW. Journal Méd. Franç., 1928.
- RENAULT. — Les enfants des syphilitiques. Recherche de l'hérédo-syphilis. Bull. Méd. Paris 1927.
- RUDAUX et MONTLAUR. — Dépistage de la syphilis en pratique obstétricale. Masson 1931.
- VACHLAS (M.). — Dépistage de la syphilis et traitement ; travail fait à la maternité de l'hôpital St-Antoine. Thèse, Paris 1930.
- VIGNES et GALLIOT. — La prophylaxie des accidents syphilitiques dans les maternités parisiennes. Progrès Méd., 1923.

